

# Más allá de la puerta giratoria. Procesos des/institucionalizadores, tensiones y acuerdos desde la guardia de salud mental de un hospital monovalente

**VALERO, Ana Silvia**

Antropóloga, Docente en UBA y en UNLP.  
Investigadora integrante del Grupo de Estudios  
sobre Salud Mental y Derechos Humanos –  
GESMyDH (IIGG, Facultad de Ciencias Sociales,  
UBA) y del Laboratorio de Investigaciones en  
Etnografía Aplicada – LINEA (Facultad de Ciencias  
Naturales y Museo, UNLP – CIC, PBA).

*anasilviavalero@gmail.com*

## Resumen

Este artículo se inscribe dentro de una problematización de los procesos transformadores en el campo de la salud mental en Argentina, en un marco de tensión entre las políticas públicas, las prácticas y la implementación de la Ley 26.657. Desde un enfoque sustentado en las ciencias sociales, analizo las tensiones, disputas y acuerdos desarrollados en los procesos des/institucionalizadores en una guardia de salud mental de un hospital monovalente. En este sentido, indago particularmente las perspectivas disciplinares de las/os profesionales pertenecientes al sistema de residencias, que se desempeñan en los equipos de guardia de salud mental de un hospital monovalente de la Provincia de Buenos Aires, con especial referencia a la interdisciplina y los circuitos institucionales en torno a la internación.

Con base en una aproximación etnográfica, este trabajo combina observación participante con entrevistas semiestructuradas, a un conjunto de 6 residentes integrantes de equipos de guardia de salud mental de un hospital monovalente de la Provincia de Buenos Aires (2015-2016).

Los discursos analizados de los residentes de guardia de salud mental de un hospital monovalente configuran una matriz de articulaciones y paradojas entre políticas públicas, saberes y prácticas profesionales, que limitan la ampliación y consolidación del proceso des/institucionalizador.

**Palabras claves:** salud mental – guardia – des/institucionalización – interdisciplina – circuitos institucionales.

### **Beyond the revolving door. De/institutionalizing processes, tensions and agreements from the mental health guard of a monovalent hospital**

#### **Abstract**

This article is part of a problematization of the transformative processes in the field of mental health in Argentina, in a framework of tension between public policies, practices and the implementation of Law 26,657. From an approach based on the social sciences, I analyze the tensions, disputes and agreements developed in the de/institutionalizing processes in a mental health ward of a monovalent hospital. In this sense, I particularly investigate the disciplinary perspectives of the professionals belonging to the residence system, who work in the mental health guard teams of a monovalent hospital in the Province of Buenos Aires, with special reference to interdisciplinary

and circuits. institutions around hospitalization. Based on an ethnographic approach, this work combines participant observation with semi-structured interviews with a group of 6 residents who are members of mental health guard teams of a monovalent hospital in the Province of Buenos Aires (2015-2016).

The analyzed speeches of the mental health duty residents of a monovalent hospital configure a matrix of articulations and paradoxes between public policies, knowledge and professional practices that limit the expansion and consolidation of the de/institutionalizing process.

**Key words:** mental health – guard – de/institutionalization – interdisciplinary – institutional circuits.

#### **Introducción**

El tema de este artículo se inscribe dentro de una problematización de los procesos transformadores en el campo de la salud mental en Argentina, en un marco de tensión entre las políticas públicas, las prácticas y la implementación de la Ley 26.657<sup>1</sup>.

Este trabajo<sup>2</sup> tiene por finalidad analizar las perspectivas de las/os profesionales que se desempeñan como residentes en el ámbito de los equipos de guardia de salud mental, de un hospital monovalente de la provincia de

Buenos Aires, con respecto a los sentidos asociados a la interdisciplina y los circuitos institucionales, en torno a la internación de personas con padecimientos psíquicos.

Las transformaciones normativas introducidas, especialmente a partir de la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657) y del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (Ley 26.994), constituyeron una bisagra en un escenario de disputa paradigmática entre modelos de atención. Por un lado, un modelo manicomial-asilar, en favor de la atención centrada en el hospital psiquiátrico y en la internación como dispositivo y práctica centrales respectivamente, y por otro, un modelo de salud mental comunitaria que reconduce los procesos terapéuticos hacia dispositivos de atención alternativos basados en la comunidad y el respeto de los derechos de las personas con padecimientos psíquicos.

En línea con un modelo de salud mental comunitaria, y sobre la base de las transformaciones normativas enunciadas, el cambio de encuadre con referencia a la interdisciplina y la internación constituyen dos pilares fundantes e instituyentes del modelo comunitario, en confrontación con el modelo manicomial-asilar. Transcurridos doce años de su inicio, el proceso de transformación iniciado continúa desafiando la formulación de las políticas públicas, como así también los saberes y prácticas del campo de la salud mental. En el caso de la interdisciplina, la introducción de un equipo interdisciplinario

como componente decisorio con relevancia terapéutica<sup>3</sup>, implicó una revisión y puesta en crisis de las relaciones de poder construidas tanto al interior de las instituciones como entre las disciplinas involucradas en el proceso de atención<sup>4</sup>. En paralelo, la reconceptualización de la internación como recurso restrictivo, reconducida al contexto del hospital general, y considerada dentro de un repertorio más amplio de dispositivos alternativos de base comunitaria<sup>5</sup>, ubicó en una coyuntura crítica la persistencia y reproducción de circuitos que sostienen la internación en el hospital psiquiátrico monovalente. Sobre la base de este recorrido, este artículo se enfoca en el análisis de las tensiones, disputas y consonancias que se producen en el punto de cruce de dos planos entre, por un lado, las perspectivas y trayectorias formativas diversas de las/os residentes que componen los equipos de guardia y, por otro, entre los discursos y el marco normativo vigente. En esta línea, la argumentación a desarrollar procurará reflexionar acerca de las relaciones entre los procesos de producción y reformulación de sentidos de un conjunto de profesionales con respecto a sus prácticas, y su ensamblaje con la transformación de los modelos de abordaje en salud mental a mayor escala.

Un paso ineludible en el recorrido propuesto es la revisión y el cuestionamiento de la composición de los equipos, la construcción de roles y jerarquías al interior de la guardia de salud mental, con atención especial al

ámbito de las residencias. Partiendo de que la complejidad de la problemática considerada no se agota en las transformaciones de orden normativo, las prácticas profesionales que conducen los procesos de atención en las guardias de salud mental de hospitales monovalentes deben ubicarse, dentro del entramado de jerarquías y roles disciplinares configurados, en un campo en tensión y conquistas históricas articuladas con el repertorio de valores, saberes y prácticas construidas en el entorno institucional.

A partir de los distintos aspectos enunciados, la confrontación paradigmática, el plexo normativo vigente y las transformaciones conceptuales y ético-políticas, postulo que la guardia de salud mental de un hospital monovalente constituye un nodo clave para la problematización de los procesos en consideración.

En referencia al encuadre metodológico, este trabajo se funda en una aproximación etnográfica cualitativa con base en el análisis de una serie de instancias de observación participante y 6 entrevistas semiestructuradas a residentes de las tres disciplinas (psicología, trabajo social y medicina en la especialización en psiquiatría) y un ex residente, integrantes de diversos equipos de guardia de salud mental de un hospital monovalente de la Provincia de Buenos Aires. Las entrevistas, realizadas en el transcurso de 2015-2016<sup>6</sup>, fueron grabadas, transcritas y acompañadas por toma de notas. De manera

complementaria a las entrevistas, se desarrollaron diversas instancias de observación participante, realizadas dentro del ámbito del área pública de pasillos y en espacios reservados del ámbito de la Guardia. En todas las oportunidades este trabajo fue conducido bajo un encuadre ético que implicó la construcción de acuerdos de consentimiento informado para el resguardo de los datos personales, tanto de las/os profesionales participantes, como de terceras personas que pudieran ser referenciadas en el marco de las entrevistas.

El texto se organiza en torno a tres apartados que abordan una caracterización breve del marco normativo vigente, perspectivas y aportes conceptuales desde las ciencias sociales, en referencia a los procesos de reforma en salud mental, con especial atención al concepto de des/institucionalización, y por último, una caracterización de los procesos de formación profesional en salud mental en el marco del sistema de residencias. Tomando como base estos aportes, el trabajo se enfoca luego en la presentación, análisis y discusión de los resultados que culminan en las reflexiones finales.

El camino argumentativo que aquí propongo se sustenta en que los saberes y discursos de las/os residentes de salud mental pertenecientes a instituciones en transformación como los hospitales monovalentes, constituyen un componente ineludible para conocer los desplazamientos de sentido, las contradicciones y las posibles

tensiones susceptibles de orientar, ampliar y profundizar los procesos des/institucionalizadores en el campo de la salud mental.

### **Plexo normativo en salud mental y su implementación pendiente**

La incorporación en 2010 de la Ley 26.657 implicó una profunda ruptura, epistémica, conceptual y ético política, en las formas de concebir a los sujetos, los padecimientos y las estrategias de atención en salud mental. Estos cambios fueron ampliados y consolidados por la reforma en octubre de 2014 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, en particular en sus artículos 31 a 61. La ruptura mencionada implicó la sustitución de un enfoque tutelar centrado en la internación, el manicomio y los psicofármacos como única respuesta, en favor de un abordaje en salud mental centrado, como piso de toda discusión, en un enfoque comunitario y en la noción de la persona con padecimiento psíquico como sujeto de derecho. Así, además de implicar cambios de orden epistemológico y conceptual, la ley inauguró una transformación ético-política capaz de proyectar sus efectos en la esfera práctica, para la reformulación de los circuitos terapéuticos y los dispositivos de base comunitaria.

Desde el articulado de la Ley 26.657, sobre una base de igualdad de condiciones de las disciplinas al interior del equipo interdisciplinario de salud mental para el

ejercicio de cargos (art. 13, LNSM), se establece su exclusiva incumbencia para la definición de las modalidades de abordaje (arts. 8 y 9, LNSM), incluida la definición del criterio terapéutico en el caso de la internación, entendida como recurso restrictivo (arts. 14 y 15, LNSM). Al ubicar las decisiones terapéuticas como resultado del trabajo interdisciplinario y generar los organismos de control, garantía y asesoramiento para el cumplimiento de la Ley 26.657<sup>7</sup>, se consolida una perspectiva atenta a concebir la salud mental, no ya como un fenómeno exclusivamente biomédico, sino como un proceso en el que se entrelazan componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos (art. 3, LNSM). A partir de esta concepción se establece una relación que promueve la concreción de derechos humanos y sociales de toda persona, como condición para la preservación y mejoramiento de la salud mental.

Aunque no sin dificultades, las experiencias transformadoras en curso en el país presentan recorridos múltiples que, basadas en el modelo de salud mental comunitaria y en consonancia con el bloque normativo en vigencia<sup>8</sup>, confluyen en una matriz histórica propia. Junto con estos avances, aún resta un largo camino en construcción de políticas públicas que posibiliten la consolidación de los procesos transformadores de la atención en salud mental.

Por otra parte, sobre la base de su comprensión como proceso sociohistórico complejo, el período posterior a la promulgación de la LNSM debe analizarse, siguiendo la premisa de Faraone y Barcala (2021), atendiendo a la distinción de gestiones de gubernamentales y a las políticas públicas diferencialmente impulsadas para la implementación de la normativa en cada momento.

### **Procesos des/institucionalizadores: interdisciplina y circuitos institucionales**

El campo de la salud mental se configura como campo complejo, foco de interés y producción creciente desde las ciencias sociales, a partir de su reconocimiento como espacio en tensión y contradicción conformado por instituciones, tecnologías, dispositivos, saberes y prácticas, encarnadas por actores sociales con perspectivas históricamente diferenciadas con respecto a los padecimientos psíquicos (Bianchi, 2019). Los avances en este campo han dado curso a múltiples líneas de investigación desde las ciencias sociales orientadas a la problematización de los procesos de atención y cuidado en salud mental, entre las cuales se destacan: los procesos de estigmatización, las perspectivas enfocadas en el control social, los procesos de medicalización de la vida y los procesos de reforma. La enunciación de estas líneas de investigación, que no pretende ser exhaustiva, remite a la relevancia central de las perspectivas de las personas con padecimiento

psíquico y a las perspectivas de los profesionales responsables de los procesos de atención, como un umbral de base necesario y transversal a toda discusión en materia de ciencias sociales y salud mental.

Un estudio realizado en pequeños centros de salud mental de Estados Unidos, y desde un análisis micropolítico institucional, sostuvo que las prácticas profesionales desarrolladas en el contexto de las urgencias en las guardias de salud mental se constituían en base a intereses múltiples ligados al entramado institucional. Se planteó entonces que tales intereses, como el gesto de emptying beds (vacando camas)<sup>9</sup>, podían contraponerse y tensionar los fundamentos terapéuticos de las decisiones profesionales, constituyendo también un límite a toda perspectiva interdisciplinaria (Rhodes, 1993).

Los diversos conceptos, como la antipsiquiatría, la despsiquiatrización, la desmanicomialización y desinstitucionalización cada uno de ellos con una historicidad y alcances específicos, se revelan insuficientes para dar cuenta de los procesos transformadores en salud mental en su complejidad. En particular, el concepto de desinstitucionalización resulta problemático porque remite a un doble significado de sentidos contrapuestos en sus principios fundantes, incluyendo aproximaciones orientadas a la construcción de estrategias de atención sustitutivas al paradigma manicomial, como también deshospitalizadoras, y alineadas con instancias de reducción de costos

(Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987). Siguiendo esta línea, este trabajo asume una perspectiva reformadora, en oposición a una acepción económica entendida como mera disminución de camas. Profundizando en este punto, retomo la definición de des/institucionalización propuesta por Faraone (2015) como noción que remite a la tensión permanente que enlaza los procesos de institucionalización y desinstitucionalización, y conduce a profundizar en la complejidad y la multirreferencialidad del mandato disciplinador de la instancia manicomial en todas sus dimensiones. Por esta vía, el alcance del concepto se extiende más allá del desmantelamiento del dispositivo existente dentro de los muros y problematiza las dimensiones del control social, tanto en sus formas más duras hacia el interior de los dispositivos, como sus expresiones en sus formas más blandas y extramuros. En consecuencia, este concepto constituye una salvaguarda epistemológica que profundiza el alcance de la expresión sin barra, para enfocarse en las lógicas de producción de relaciones sociales que atraviesan los procesos de cuidado y atención en salud mental.

### **Procesos formativos en las residencias de salud mental**

El sistema de residencias de salud mental en Argentina constituye una instancia formativa fundamental para la capacitación en servicio de las/os profesionales en este

campo, luego del tránsito por carreras de grado académico. En el país, la formación en el marco de residencias en el campo de la salud mental se inicia con la creación en 1984 de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM), por Vicente Galli, en ese entonces Director Nacional de Salud Mental. En esta iniciativa la interdisciplina constituyó la columna vertebral de la propuesta formativa, en contraste con los enfoques hasta ese entonces vigentes bajo el dominio disciplinar médico psiquiátrico (Faraone, 2015; Faraone y Barcala, 2021). El diseño e implementación de un sistema de formación de postgrado destinado a profesionales de las disciplinas de Medicina, Enfermería, Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social y Musicoterapia, con inserción en centros de salud y hospitales generales, constituyó un aporte sustantivo que permitió conjugar por primera vez en el país, el campo de la salud mental con la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud.

En años posteriores, luego de esta instancia inaugural, las propuestas formativas de las residencias de salud mental se diversifican de acuerdo a enfoques epistémicos, conceptuales, alcances jurisdiccionales, y su ejecución en marcos institucionales específicos, resultando en múltiples coordenadas orientadoras de saberes, prácticas y subjetividades de las/os profesionales, en su paso por la residencia de salud mental. En la Provincia de Buenos Aires, la formación de las/os residentes de salud

mental se inscribe dentro del sistema de Residencias para Profesionales de Salud, dependiente de la Dirección Provincial de Capacitación para la Salud del Ministerio de Salud provincial<sup>10</sup>; ámbito desde el cual se establece la propuesta curricular.

En el contexto previo a la sanción de la Ley 26.657, algunos estudios se enfocaron en la problematización de los procesos formativos en salud mental en Argentina en diversas jurisdicciones, considerando especialmente el papel de las residencias en tanto sistema de capacitación en servicio, remunerado y con dedicación a tiempo completo. El estudio de Torricelli y Leibovich de Duarte (2005), focalizado en el área metropolitana de Buenos Aires, señaló que las representaciones profesionales de los residentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica daban más cuenta de un proceso formativo de configuración disciplinar que de una instancia de asistencia. En el mismo sentido, este estudio identificó escasas referencias al hospital público, al trabajo en equipo y al abordaje interdisciplinario.

En otro trabajo previo a la introducción del cambio normativo, orientado al análisis de los procesos de formación profesional en un hospital monovalente de la Provincia de Buenos Aires, destacábamos que las lógicas institucionales propias de los hospitales monovalentes y el ensamble estrecho del poder judicial al interior del campo de la salud mental, contribuían a reforzar de

una jerarquía disciplinar que tenía por efecto blindar la hegemonía del saber médico psiquiátrico, subsumiendo otros campos disciplinares como el trabajo social y la psicología (Valero, 2006). Junto con ello, propusimos que no era posible analizar tales procesos formativos en salud mental por fuera de la violencia institucional, las jerarquías, las contradicciones y los imperativos propios de la lógica manicomial que atraviesa estas instituciones (Valero, 2006).

Paralelamente, la incorporación de la interdisciplinariedad como principio de organización de los equipos de salud, a partir del cambio en el marco normativo y como fuera anteriormente expuesto, impulsó una redistribución de las relaciones de poder entre las disciplinas con ineludibles consecuencias epistemológicas, conceptuales y prácticas, no exentas de nuevas tensiones y disputas. Recuperando la definición que la asume como intercambios disciplinarios que producen enriquecimientos recíprocos y transformación entre disciplinas sobre la base de la reciprocidad entre ellas (Elichiry, 1987), su incorporación al campo de la salud mental en Argentina subvirtió relaciones disciplinares desiguales, jerarquizadas y construidas en base a la psiquiatría como saber dominante.

Ya promulgada la LNSM, Benítez, Chemez y Rodríguez (2015), en referencia específica al trabajo social y a las limitaciones encontradas para el ejercicio



profesional en el campo de la salud mental, señalaron el predominio de una concepción causal lineal de las problemáticas, estrategias de abordaje basadas en la fragmentación de saberes y la intervención del profesional médico como primera disciplina que define la situación y el abordaje terapéutico.

El estudio más reciente realizado por Torricelli y Faraone (2019) acerca de la formación de profesionales del campo de la salud mental, vinculado a las infancias en el ámbito de hospitales públicos especializados en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, avanzó en una caracterización de las perspectivas de los diversos actores diferenciados según roles y jerarquías al interior de las residencias de salud mental dependientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires<sup>11</sup>. Las autoras señalan que, más allá de la especificidad de cada una de las profesiones en juego y de los rasgos de cada efector en particular, el ejercicio de la práctica profesional en el marco de estas residencias se centra en lo asistencial, lo hospitalocéntrico y particularmente en las intervenciones individuales (Torricelli y Faraone, 2019). Otro estudio desarrollado en establecimientos de salud mental públicos y privados de CABA, destacó como obstáculos fundamentales a la interdisciplina en los servicios de salud mental: concepciones que refuerzan la subalternidad disciplinar, la sectorización, jerarquía administrativa y asimetría decisional entre las/os profesionales que conforman

los equipos, la ambigüedad en el reconocimiento de las prácticas interdisciplinarias por parte de las/os mismas/os profesionales de salud y, por último, la disparidad entre teoría y práctica en servicio (De Lellis y Fotia, 2019).

### **De la puerta giratoria y de otros itinerarios posibles**

Para el año 2019, el Informe Anual de la Comisión Provincial por la Memoria estableció que la atención de los padecimientos de salud mental en la Provincia de Buenos Aires se realizaba casi exclusivamente en dispositivos monovalentes, especializados en discapacidad y Centros de Prevención de las Adicciones (CPA)<sup>12</sup>. El informe señaló que todas las instituciones monovalentes presentaban prácticas y discursos manicomializantes, y que la forma de atención era fragmentada y desarticulada con respecto a la comunidad (CPM, 2019). Según los datos relevados para 2018, dado que la provincia disponía de escasos dispositivos sustitutivos para la atención de la salud mental en el territorio, de un total de 2064 internaciones en los monovalentes provinciales, dos tercios correspondieron a reinternaciones (CPM, 2019)<sup>13</sup>. El informe mencionado además señaló que el circuito de internación-externación-reinternación producía una profundización de las desigualdades, sustentada en la introducción de un recorte en el conjunto social que transitaba ese itinerario mediante el ingreso selectivo a

la internación de aquellas personas carecientes de redes de contención familiar y/o comunitaria, con situación de vulnerabilidad económica y social (CPM, 2019).

En la Provincia de Buenos Aires, a pesar de las sustantivas transformaciones en desarrollo ya referenciadas, la transición entre el modelo manicomial y el modelo de salud mental comunitaria está dada por la coexistencia entre servicios en la comunidad insuficientes para las necesidades de atención y cuidado extramurales en salud mental, y la presencia aún dominante de estructuras de internamiento, produciéndose el “efecto hidráulico” o “de circuito” descrito en los años 70’ por Bachrach (1976) y Feeley (1978). Este efecto se produce como resultado de la reducción de las estadías, en combinación con el aumento de altas y de recaídas. De modo convergente con otras experiencias de reforma transitadas en el mundo y en diversos momentos históricos, el circuito descrito tiene también como resultado una dinámica de “puerta giratoria” o revolving door, dada por sucesivas externaciones y reinternaciones. En particular, entre los años 2015 y 2016, período que tomamos como foco de este trabajo, las políticas públicas nacionales y de la provincia de Buenos Aires en salud mental se caracterizaron por el neto retroceso en materia de la transformación de la atención, tanto al interior de los dispositivos monovalentes como mediante la promoción e instancias de formación, constitución de equipos interdisciplinarios,

implementación de programas de inclusión social o creación de dispositivos sustitutos. A este período iban a sucederle en 2017 el intento de modificación por Decreto del Reglamento de la LNSM<sup>14</sup>, y en 2018 la desjerarquización del Ministerio de Salud de la Nación a Secretaría al interior del Ministerio Salud y Desarrollo Social<sup>15</sup>.

Junto con el cambio de gobierno provincial producido en 2019 se inicia un giro en la política provincial de salud mental, expresado en la presentación en diciembre de 2020 de un Plan de Adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos bonaerenses<sup>16</sup>, con el fin de avanzar en las transformaciones establecidas por la Ley 26.657. El Plan Provincial Integral de Salud Mental (2022-2027) se propone ampliar los alcances que concreten la transformación de los procesos de atención hacia un modelo de atención centrado en la comunidad, que permita desmontar los circuitos institucionales aún vigentes y propios del paradigma manicomial-asilar.

En esta línea, y en el marco de una transición entre modelos de atención, es posible pensar la guardia de salud mental como puerta de entrada hacia dinámicas hospitalocéntricas. En la coyuntura descrita, a pesar de los avances impulsados, en contraposición con el marco normativo vigente, la guardia de salud mental puede constituir un escenario que no aloja y deshospita por medio del rechazo a la atención y cuidado, con el argumento de “no es para acá”, sin ofrecer un enlace dentro

de una red de dispositivos de salud (Faraone, Valero y Bianchi, 2015). Del mismo modo, la guardia puede ser un dispositivo convergente con circuitos de transinstitucionalización hacia otras instituciones de encierro y que perpetúan el modelo asilar, en una cadena que expulsa las problemáticas de salud mental en un ida y vuelta desde y hacia otros dispositivos (Rosé, 1979 citado en Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987; Costa, Verón, Mattioni y Parodi, 2019). Por último, la guardia de salud mental puede constituirse en un espacio que consolide la reconfiguración de los circuitos institucionales en clave des/institucionalizadora, orientada por un enfoque en salud mental comunitaria. Simultáneamente, y de modo transversal a las opciones consideradas, la guardia de salud mental constituye un escenario de debate moral donde las prácticas y saberes disciplinares se tensan y dirimen, con respecto a los modelos en disputa para la atención en salud mental.

Las perspectivas de las/os residentes de salud mental de equipos de guardia de un hospital monovalente de la provincia de Buenos Aires, durante el período considerado para este trabajo (noviembre 2015 a marzo 2016), dan cuenta de un cambio sustantivo, no exento de contradicciones y tensiones, en los circuitos institucionales, así como en los lineamientos normativos, bases conceptuales y prácticas orientadoras de la atención de la salud mental. Desde la perspectiva de las/os residentes,

la reformulación de los circuitos institucionales de atención fundada en un criterio territorial definido por regiones sanitarias, es identificado como un emergente resultante del proceso de implementación de la Ley 26.657.

...y lo que hacemos ahora, por ejemplo, con la aplicación de la ley es eso respetar la región sanitaria. Por ahí si viene uno de, a veces entendemos que no es fácil conseguir, no sé, de xxxx<sup>17</sup>, porque hay tanta gente, aparte yo digo deben estar con el agua...y no consiguen fácil un turno como que recién ahora se están poniendo con el tema de la ley, de armar servicios, los tenemos que seguir un poco hasta que consiguen en su región. Y lo mismo con los demás hospitales que nos cuesta mucho. (Ex residente, médica psiquiatra a cargo de Guardia, 18/11/2015)

Sin embargo, si bien la LNSM introduce un criterio territorial que insta a que los procesos de atención y cuidado se realicen dentro del ámbito comunitario de pertenencia (art. 11, LNSM), la asociación directa entre los cambios introducidos y la LNSM, tal como la planteada en este caso, invisibiliza las múltiples mediaciones (incluidos los organismos estatales, institucionales, disciplinares y las instancias formativas) que operan a nivel de las políticas públicas en el proceso de la implementación

del cambio normativo. Consecuentemente, se producen desplazamientos valorativos que atribuyen a una deficiencia del mismo cuerpo normativo, la insuficiencia de las políticas públicas correspondientes al proceso de implementación.

En cuanto al plan de formación de las residencias de salud mental en la provincia de Buenos Aires, las distintas disciplinas comprendidas comparten actividades en común durante el primer y segundo año, pero a partir del tercer año los recorridos formativos se separan, reforzando la especificidad disciplinar. Este último punto, al excluir instancias formativas que profundicen en los abordajes interdisciplinarios y fomentar la fragmentación de los abordajes, se contraponen con lo establecido en el articulado de la Ley 26.657.

Desde el punto de vista de las/os residentes de la guardia de salud mental, el proceso de formación en las residencias, instaura durante los primeros años una mayor apertura al diálogo entre disciplinas.

En mi experiencia en los primeros años es fácil, con los residentes de psiquiatría de primero es fácil porque están abiertos a todo. Cuando van subiendo de año es más, se van, viste? Como poniendo más difícil la conversación, el diálogo que puedas intercambiar. Cuando están en primero o en segundo es genial, en la guardia, en la

internación. Ya después cuando te los encontrás, ya están, no, supongo que a nosotros nos pasa lo mismo. (Residente de Psicología, segundo año, 1/12/2015)

Más allá de la instancia de organización de la propuesta formativa de las residencias, tal como se expresa en los planes que las rigen, en su ejecución práctica e institucionalmente situada, se introducen reformulaciones micropolíticas cuyo análisis es necesario considerar. En esta línea, la diferenciación de roles y cargos institucionales entre quienes se desempeñan como jefes/as de guardia y las/os residentes se rige por relaciones jerárquicas, con diversas características, según el perfil singular de quien ocupe funciones de jefatura. Así, con una incidencia significativa en el proceso de atención, tales características confluyen en la definición de aspectos relativos a: la composición de los equipos, la orientación de las bases teóricas, disciplinares, institucionales y la modalidad de trabajo de cada equipo de guardia.

A mí me parece que cuando la decisión está pensada entre varios... no sé si la decisión pero la explicación está pensada desde varios lados, es más propicia para la persona, a priori. Me parece distinto que cuando la decisión la tomó el jefe de guardia en el consultorio, que por ahí

no la transmitió ahí. (Residente de Psicología, segundo año, 1/12/2015)

La mayoría igual son muy de escuchar a los residentes, porque de hecho somos nosotros los que vamos a la entrevista, los jefes muchas veces nos acompañan, sobre todo ya te digo casos conflictivos, ahí vienen y evalúan ellos también y dirigen la entrevista: pero sí, son muy de escuchar, por ahí discutir o de decir “bueno, ¿qué te parece si pasa esto?, nos piden nuestra opinión, qué nos pareció. (Residente de Psiquiatría, segundo año, 23-2-2016)

Adoptar un ángulo de mirada que atienda a los recorridos y circuitos institucionales transitados por las personas con padecimiento psíquico, a partir de la perspectiva de las/os residentes, posibilita valorar la incidencia de los procesos des/institucionalizadores, a la vez que permite ponderar la relevancia de las intervenciones desplegadas desde las guardias de los hospitales monovalentes. Este último aspecto se expresa en la segmentación del tiempo y en la significación de su uso en la rutina cotidiana de la guardia.

Es muy movido o sea la guardia es como muy particular, por ahí, yo siempre digo, por ahí llegás

a la guardia y mirás el reloj y son las cinco de la tarde y no sabés qué pasó, o sea, en el medio, que estuviste con un ritmo. Ah, algunas guardias son re tranqui, pero de mucho vértigo, y de todo el tiempo intentar no entrar uno en urgencia, no. El que está en urgencia es el paciente, total nosotros tenemos tiempo, para tomar decisiones, para pensar, para charlar. Debemos tomarnos tiempo. Muchas veces no lo tomamos y entramos en urgencia con la situación. (Residente de Psicología, segundo año, 1/12/2015)

El uso del tiempo, entonces, se presenta como condición de posibilidad para la construcción interdisciplinar, en tanto constituye una base para el diálogo y discusión de perspectivas al interior del equipo de guardia. A la vez, la forma de desenvolverse del equipo de guardia entretiene y tensiona las prácticas de las diversas disciplinas intervinientes. La instancia de realización de entrevistas iniciales a personas que consultan en guardia, conforma, además, un espacio de tensión y negociación entre prácticas profesionales y representaciones disciplinares recíprocas que modela el *ethos* de adscripción disciplinar como así también la subjetividad de las/os profesionales en formación.

Ahora lo que hacemos es vamos todos los

residentes de las distintas disciplinas y entrevistamos. A veces para hacerlo un poco más llevadero, lo que yo he implementado es que empiecen a entrevistar los residentes de psiquiatría, un poco lo que siempre a mí me ha retornado en los años de guardia es que hago entrevistas muy largas. Entonces, lo he solucionado con pregunten ustedes, que son un poco más esquemáticos o buscan cuestiones más sintomáticas, necesitan determinados datos para tomar una decisión, y nosotros necesitamos un poco más de tiempo, de preguntar un poco más. [...] pero a la primera entrevista por lo general vamos todas las disciplinas. (Residente de Psicología, segundo año, 1/12/2015)

Desde esta perspectiva, la guardia de salud mental emerge como hito dilemático de los circuitos institucionales que transitan las personas con padecimientos de salud mental ante el hospital monovalente. Sobre esta base, se habilita una reflexión sobre su papel en los procesos des/institucionalizadores, en función de su inserción en el sistema más amplio de atención y cuidado de la salud mental.

### **Reflexiones finales**

El análisis de las transformaciones hacia un modelo de atención en salud mental comunitario consustanciado

con el plexo normativo vigente, y en un campo tan complejo como el de la salud mental, puede enriquecerse a partir del aporte de investigaciones capaces de dar cuenta de las continuidades y cambios, a nivel micropolítico, como de su articulación con escalas mayores. En esta oportunidad, una indagación enfocada en los discursos de las/os residentes de salud mental en torno a sus prácticas profesionales de la guardia de un hospital monovalente condujo a identificar una matriz de acuerdos, tensiones y disputas disciplinares que muestran avances, pero también obstáculos para la implementación de la Ley 26.657.

Los resultados presentados aportan fundamentos y permiten abonar que las prácticas y discursos del conjunto de residentes de salud mental desarrollados en el contexto de la guardia se ubican en una posición crítica y paradójica, dada por un juego de ida y vuelta entre instancias formativas y procesos transformadores. Tal carácter paradójico reposa particularmente en que la guardia de salud mental resulta un dispositivo ambivalente, en tanto, a partir del refuerzo de dinámicas hospitalocéntricas, puede oponerse a procesos des/institucionalizadores pero también afianzarlos, constituyéndose en escenario estratégico para las transformaciones postuladas en el marco normativo.

En ese camino fue posible reconocer la conformación de instancias de transformación de prácticas

profesionales, en dirección a la incorporación de un criterio jurisdiccional en los circuitos institucionales pero que, para el contexto temporal y jurisdiccional específicos considerados en este trabajo (2015-2016), señala también la ausencia de una red de dispositivos intermedios para la atención de la salud mental bajo enfoque comunitario y con carácter territorial. En esta línea, la producción de nuevas prácticas acordes al marco normativo se combina con desplazamientos de sentidos y valoraciones que tienen como consecuencia que, especialmente para el período considerado, las deficiencias en las políticas públicas sean significadas como insuficiencias del marco normativo.

Por otro lado, la valoración del carácter interdisciplinario de las prácticas en el ámbito de la guardia, por parte de las/os residentes de salud mental durante los dos primeros años de su formación, resulta trastocada cuando, luego de ese período inicial, la formación se fragmenta en base a un criterio disciplinar y en clara contradicción con el marco normativo vigente. Consecuentemente, la incorporación de un componente formativo interdisciplinar transversal en los diseños curriculares de las residencias, en los años subsiguientes al primer y segundo año, constituye un giro necesario en las prácticas formativas para avanzar hacia un modelo de atención en salud mental comunitaria. Finalmente, los discursos analizados documentan la micropolítica institucional, dando

cuenta del entrelazamiento de las jerarquías institucionales y disciplinares, como así también de las vías para su transformación. Según se desprende de ello, se requiere de estrategias que permitan transversalizar criterios en común para la conformación de los equipos de guardia de salud mental de los hospitales monovalentes que impliquen una profunda redistribución de las relaciones de poder allí sedimentadas.

Las diversas aristas consideradas en torno a la guardia de salud mental monovalente aquí consideradas, dan cuenta de la complejidad de los procesos des/institucionalizadores y testimonian las tensiones que enmarcan el desarrollo de políticas públicas que efectivicen un modelo de atención y cuidado en salud mental bajo enfoque comunitario.

La incorporación del punto de vista de las/os residentes con respecto a las prácticas y los procesos formativos de los cuales participan, permite profundizar una comprensión situada y en curso de las transformaciones en el campo de la salud mental. Junto con esto, ubicar en el núcleo de problematización el impacto de las transformaciones sobre los circuitos institucionales de la atención en salud mental, posibilita la revisión permanente imprescindible para el avance de estos procesos en clave des/institucionalizadora.

## Referencias bibliográficas

**Benítez, R., Chemez, B. y Rodríguez, T. (2015).** “Mirar (nos), dificultades para una intervención comunitaria e interdisciplinaria desde el trabajo social, en el campo de la salud mental comunitaria”. *Jornadas de Investigadores 2015*. Secretaría de Investigación y Postgrado. FHyCS-UNaM.

**Bianchi, E. (2019).** “Ciencias sociales, salud mental y control social. Notas para una contribución a la investigación”. *Revista Salud mental y Comunidad*, Universidad Nacional de Lanús. 6 (7):12-26.

**Comisión Provincial por la Memoria (2019).** *Informe Anual 2019*. El sistema de la crueldad XIII. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad, salud mental y niñez en la provincia de Buenos Aires. Disponible en: [https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cct/informesanales/Informe\\_2019.pdf](https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/cct/informesanales/Informe_2019.pdf)

**Costa, J.P., Juaniz Verón, B., Mattioni, M. y Parodi, D. (2019).** “Contextos de desigualdad: los equipos interdisciplinarios de salud mental en guardias polivalentes. Conciencia Social”. *Revista digital de Trabajo Social*. Vol. 3, Nro. 5. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 228-240 Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/26139>. ISSN 2591-5339

**De Lellis, M. y Fotia, G. (2019).** “Interdisciplina y salud mental”. *Anuario de investigaciones Facultad de Psicología – UBA*, Secretaría de Investigaciones, vol. XXVI, 179-187.

**Elichiry, N. (1987).** “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias”. En: Elichiry N. (comp.). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Bs. As.: Ed. Nueva Visión.

**Faraone, S. (2015).** “Reformas estructurales, contexto actual y proceso de transformación en el campo de la Salud Mental”. En: Faraone, S. Bianchi, E. y Giraldez, S. (comps.). *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos Aires: UBA Sociales.

**Faraone, S. y Barcala, A. (2021).** A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. *Coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Teseo.

**Faraone, S.; Valero, A.S. y Bianchi, E. (2015).** “Salir del pantano”. Violencias, infancia y equipos de salud: claves para pensar dispositivos y acciones en salud mental. *Revista Derecho y Ciencias Sociales*. Instituto de Cultura Jurídica y Maestría en Sociología Jurídica. FCJ y S. UNLP, N° 12 (Violencias), 70-88 .ISSN 1852-2971.

**Ley N° 26.657, Ley Nacional de Salud Mental (2010).** Publicada en Boletín Oficial N°32.041, 3-12-2010.

**Ley N° 26.994, Código Civil y Comercial de la Nación (2014).** Publicada en el Boletín Oficial N° 32.985, 8-10-2014.

**Martínez Hernández, A. y Correa-Urquiza, M. (2017).** “Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva”. *Revista Salud Colectiva*. 13(2): 267-278.

**Rhodes, L. A. (1993).** “The Shape of Action: Practice in Public Psychiatry”. En: Lindenbaum, S. y M. Lock (eds.). *Knowledge, Power and Practice*. University of California Press: USA.

**Rosé, S. (1979).** “Deciphering Deinstitutionalisation Complexities in Policy and Program Analysis”. En: *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*, 57, 4: 429-468.

**Rotelli, F., De Leonardis, O. y Mauri, D. (1987).** “Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en



el contexto de la Europa Occidental y de los “países avanzados”). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, VII (2): 165-187.

**Torricelli, F. y Leibovich de Duarte, A. (2005).** “Representaciones y perfil profesional de residentes de salud mental”. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

**Torricelli, F. y Faraone, S. (2019).** “La formación de posgrado en Salud Mental. El caso de las residencias hospitalarias de psicología y psiquiatría como sistemas de formación”. *Revista Salud Mental y Comunidad*, Universidad Nacional de Lanús. 6 (7): 81-95.

**Valero, A.S. (2006).** “Violencia institucional y modelos de formación profesional en las decisiones de internación psiquiátrica”. *Revista Clepios*. Una revista de residentes de Salud Mental, XII (2), 52-56.

## Notas

1. Utilizaré en adelante y según las oportunidades, la abreviatura LNSM para referir a la Ley Nacional de Salud Mental (N°26.657).

2. Este artículo constituye una versión preliminar de un capítulo de mi Tesis Doctoral en desarrollo en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Título de la Tesis: “Salud mental y políticas públicas en transformación. Bases conceptuales y prácticas profesionales en torno al ingreso a la internación (2005-2017)”, con Dirección de Silvia Faraone.

3. Arts. 8, 9 y 13 de la Ley 26.657 y art. 41 inc. a., Ley 26.994 Código Civil y Comercial de la Nación.

4. A ello se suma también el reconocimiento en el plexo normativo de la capacidad de las personas con padecimiento psíquico para expresar su voluntad y participar de las decisiones terapéuticas que las involucren (arts. 7, inc. k., y 10 de la LNSM y arts. 31 a., 41, 43, 51 y 59 del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación).

5. Arts. 14 a 19 de la LNSM para internaciones voluntarias y Arts. 20 a 25 de la LNSM y arts. 31 inc.a., 41, 42 y 51 del Código Civil y Comercial de la Nación para internaciones involuntarias.

6. Particularmente entre noviembre de 2015 y marzo de 2016.

7. Estas funciones de control, garantía y asesoramiento son desempeñadas por el Órgano de Revisión Nacional, los órganos de revisión provinciales, en el ámbito específico de la CABA, la Unidad de Letrados del art. 22 de la Ley 26.657 (Ministerio Público de la Defensa), el Consejo Nacional Interministerial en Salud Mental y Adicciones (CONISMA) y el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones.

8. Se destacan las diversas experiencias desarrolladas en el país particularmente en las provincias de Río Negro y Santa Fe. En los últimos tres años, en especial la Provincia de Buenos Aires se encuentra desde diciembre de 2019 avanzando en un proceso transformador de los diversos hospitales monovalentes del territorio enmarcado en el Plan Integral de Salud mental 2022-2027.

9. En base a traducción propia, la expresión refiere a vaciar o liberar camas como prioridad institucional con independencia de la situación de padecimiento de la persona internada. Además de la confrontación entre propósitos contrastantes, este imperativo institucional se enlaza estrechamente con estrategias de desamparo institucional vinculadas con la reducción de costos, la ausencia de modalidades de atención, el abandono de las personas con padecimiento psíquico, resultando con frecuencia en prácticas transinstitucionalizadoras.

10. El Decreto 4.420/1991 reglamentario del Art. 52 de la Ley 10.471, se establece una normativa que regula el Sistema de Residencias para Profesionales de la Salud en la provincia de Buenos Aires. En el año 2001, el Decreto 2.557/01 estableció el Reglamento de Residencias para Profesionales de la Salud. El artículo 3° establece que estas residencias consisten “en un sistema de formación intensiva en servicio, que permite orientar, desarrollar y perfeccionar la formación integral del profesional para el desempeño responsable y eficiente de una de las ramas de las ciencias de la salud, con un alto nivel científico-técnico; para ello se desarrollarán aptitudes específicas en forma secuenciada y progresiva, que establezcan la ejecución personal y dentro del equipo de salud, en actos de complejidad creciente en la atención integral de las personas, las familias y la comunidad, definidos en los planes de estudio prefijados” <http://www.ms.gba.gov.ar/sps/residencias/ReglamentoResidencias.pdf>

11. Cabe aquí aclarar que en el sistema de residencia referido, las disciplinas consideradas pertinentes al campo de la salud mental son: Psicología, para la obtención del título de Psicología Clínica y Medicina, para la obtención del título de especialista en Psiquiatría (Torricelli y Faraone, 2019).

12. El sistema de salud argentino se compone de tres subsectores: público, de seguridad social y privado. En particular en la Provincia de Buenos Aires, la mayor parte de la atención en salud mental se concentra aún en los 4 hospitales monovalentes con que cuenta la provincia. Estos son: José A. Estéves, de la localidad de Temperley en Lomas de Zamora; Alejandro Korn, de La Plata; Domingo Cabred, ubicado en Open Door, Luján; y Domingo J. Taraborelli, de Necochea (CPM, 2019).

13. Los datos se corresponden también con los formulados por el Informe 2019 CPM que indicó que del total de ingresos a internaciones en el año 2019 en hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, el 68% fueron reinternaciones (CPM, 2019).

14. El proyecto mencionado (Expte. Min. Sal. 120020000024933166) suponía una neta contradicción con los principios impulsados por la Ley 26657 y por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

15. Decreto N° 801/2018. Publicación en Boletín Oficial N° 65.696/18, fecha 05/09/2018.

16. Ministerio de Salud y la Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género de la provincia de Buenos Aires.

17. Menciona localidad del Conurbano, Provincia de Buenos Aires. Preservamos este dato, con el fin de respetar la confidencialidad y el anonimato de las/os profesionales.

